

PARECER COREN/GO Nº. 003/CTSP/2017

ASSUNTO: Normativa sobre a regra do Visto de Enfermagem no aprazamento de enfermagem na prescrição de medicação.

I. Dos fatos

Trata-se de solicitação de normativa sobre a regra de valorização/ visto de enfermagem no aprazamento de enfermagem na prescrição de medicação. O teor da mesma é sobre glosas de convênio médico devido à ausência do visto de enfermagem no aprazamento existente na prescrição de medicamentos, com código de glosa ANS -1710. Reconhece-se a necessidade de identificação do profissional que diluiu ou administrou o medicamento ao paciente.

II. Da fundamentação e análise

Os registros das ações executadas pela enfermagem, como a administração de medicamentos, são essenciais para o processo do cuidar. Além de possibilitar uma comunicação efetiva e segura entre os profissionais de enfermagem e a equipe de saúde, servem ainda a inúmeras finalidades relacionadas ao ensino, pesquisa, esclarecimento de processos éticos e judiciais. São também imprescindíveis para a avaliação da qualidade da assistência prestada, e para a efetivação de pagamentos relacionados à assistência à saúde. Portanto, são considerados instrumentos que podem e devem ser consultados em situações que envolvem aspectos legais e/ou éticos, científicos, educacionais e da qualidade do cuidado (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016a).

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), ao cumprimento das disposições contidas na Lei n. 5.905, de 12 de julho de 1973, na Lei n. 7.498/86 e no Decreto n. 94.406/87, que regulamentam o exercício da enfermagem profissional no Brasil, inclui os Registros de Enfermagem no Prontuário do Paciente e outros documentos utilizados na prática de enfermagem como obrigatoriedade do profissional.

Ressalta-se que a enfermagem é uma profissão fortemente dependente de informações precisas e oportunas para executar a grande variedade de intervenções envolvidas no cuidado. Dessa forma, os registros de enfermagem são elementos imprescindíveis ao processo do cuidar e, quando redigidos de maneira que retratem a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação entre a equipe de saúde, além de servir a diversas outras finalidades, tais como:

ensino, pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento, fins estatísticos e outros (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016a).

Considerando a RESOLUÇÃO COFEN Nº 429/2012 que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.

Art. 1º - é responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência.

Art. 4º - caso a instituição ou serviço de saúde adote o sistema de registro eletrônico, mas não tenha providenciado, em atenção às normas de segurança, a assinatura digital dos profissionais, deve-se fazer a impressão dos documentos a que se refere esta Resolução, para guarda e manuseio por quem de direito.

§ 1º - o termo assinatura digital refere-se a uma tecnologia que permite garantir a integridade e autenticidade de arquivos eletrônicos, e que é tipicamente tratada como análoga à assinatura física em papel. Difere de assinatura eletrônica, que não tem valor legal por si só, pois se refere a qualquer mecanismo eletrônico para identificar o remetente de uma mensagem eletrônica, seja por meio de escaneamento de uma assinatura, identificação por impressão digital ou simples escrita do nome completo.

§ 2º - a cópia impressa dos documentos a que se refere o caput deste artigo deve, obrigatoriamente, conter identificação profissional e a assinatura do responsável pela anotação.

Considerando a RESOLUÇÃO COFEN Nº 514/2016, que aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem, disponível para consulta no sítio eletrônico do Conselho Federal de Enfermagem – www.cofen.gov.br.

De acordo com o Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e outros documentos de enfermagem:

Os registros de enfermagem são essenciais para o processo do cuidar. Além de possibilitar uma comunicação segura entre os profissionais de enfermagem e a equipe de saúde, servem ainda a inúmeras finalidades relacionadas ao ensino, pesquisa, esclarecimento de processos éticos e judiciais, bem como para a avaliação da qualidade da assistência prestada, entre outros. A enfermagem é uma profissão fortemente dependente de informações precisas e oportunas para executar a grande variedade de intervenções envolvidas no cuidado.

Dessa forma, os registros de enfermagem são elementos imprescindíveis ao processo do cuidar e, quando redigidos de maneira que retratem a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação entre a equipe de saúde, além de servir a diversas outras finalidades, tais como: ensino, pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento, fins estatísticos e outros. Convém, ainda, citar que os registros de enfermagem consistem no mais importante instrumento de avaliação da qualidade de atuação da enfermagem, representando 50% das informações inerentes ao cuidado do paciente registradas no prontuário.

Os registros realizados no prontuário do paciente são considerados como um documento legal de defesa dos profissionais, devendo, portanto, estar imbuídos de autenticidade e de significado legal. Eles refletem todo o empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando, assim, suas ações e a segurança do paciente.

Dessa forma, para serem consideradas autênticas e válidas as ações registradas no prontuário do paciente, deverão estar legalmente constituídas, ou seja, possuir assinatura do autor do registro (art. 368 do Código de Processo Civil – CPC) e inexistência de rasura, entrelinhas, emenda, borrão ou cancelamento, características que poderão gerar a desconsideração jurídica do documento produzido como prova documental (art. 386 do CPC). Saliencamos que as declarações constantes do documento particular, escrito e assinado, presumem-se verdadeiras em relação a quem o assinou (art. 368 do CPC), fator importante na defesa profissional em processos judiciais e éticos.“

Ainda o “Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e outros documentos de enfermagem” trata em seu item 9 sobre Procedimentos de enfermagem – o que anotar?

9.3 – Administração de medicamentos: Item(ns) da prescrição medicamentosa que deverá (ao) ser registrado(s):

9.3.1 Via Parenteral: registrar o local onde foi administrado. Em todos os casos, não se esquecer de fazer referência ao lado em que o medicamento foi administrado, esquerdo ou direito. No caso de administrar medicamento através de um dispositivo já existente, como intracath, duplo lúmen, acesso venoso periférico, injetor lateral do equipo ou outro, anotar por onde foi administrado o medicamento endovenoso.

9.3.2 Via Oral: Registrar dificuldade de deglutição; Presença de vômitos, etc.

9.3.3 Via Retal: Registrar tipo de dispositivo utilizado; Em caso de supositório, registrar se foi expelido e providencias adotada.

Observações:

a) Para todas as vias observar os registros: Rejeição do paciente; No caso de não administrar medicamento, apontar o motivo; Queixas; Intercorrências e providencias adotada;

b) Somente a checagem do(s) item (ns) cumprido(s) ou não, através de símbolos, como /, ou O, √ respectivamente, não cumpre(m) os requisitos legais de validação de um documento. Dai a importância de registrar, por escrito, nas Anotações de Enfermagem, a administração da medicação, ou a recusa, assinando conforme resolução específica.

Considerando a RESOLUÇÃO COFEN Nº 0545/2017 que trata da anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais.

Art. 2º - a anotação do número de inscrição dos profissionais de Enfermagem é feita com a sigla do Coren, acompanhada da sigla da Unidade da Federação onde está sediado o Conselho Regional, seguida do número de inscrição, separados todos os elementos por hífen.

§ 1º destaca que os dados contidos no artigo segundo deverão constar do carimbo do profissional, pessoal e intransferível;

§ 2º que em ambos os casos descritos no parágrafo anterior, o profissional deverá apor sua assinatura sobre os dados descritos ou rubrica e em seu Art. 3º que as categorias profissionais de enfermagem deverão ser indicadas pelas seguintes siglas:

- a) ENF, para Enfermeiro;
- b) OBST, para Obstetiz.
- c) TE, para Técnico de Enfermagem;
- d) AE, para Auxiliar de Enfermagem, e
- e) PAR , para Parteira.

Art. 5º - é obrigatório o uso do carimbo, pelo profissional de Enfermagem, entre outros, em todo documento firmado, quando do exercício profissional, em cumprimento ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

III. Da Conclusão

Mediante o exposto, considerando que a falta de visto ou de checagem da administração da medicação constitui uma falta grave, ao gerar o risco do paciente ser medicado duplamente, o Parecer da Câmara Técnica de Segurança do Paciente do Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, é de que, a instituição deve elaborar mecanismos para a realização e legalidade dos registros de enfermagem no que diz respeito ao visto de Enfermagem no aprazamento de enfermagem na prescrição de medicação, de acordo com a legislação que regulamenta a atuação dos profissionais de enfermagem.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Brasília, 30 de maio de 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen nº 0545/2017. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. Brasília, 9 de maio de 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen nº 0514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem. Brasília, 05 de maio de 2016a.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e outros documentos de enfermagem. Agosto 2016b.

Este é o parecer smj.

Goiânia, 09 de dezembro de 2017.

Enf^a Prof^a Dra. Ana Elisa Bauer de C.Silva
CTSP - Coren/GO nº 41.072

Enf^a Janaina de Fátima S. Rogério
CTSP - Coren/GO nº 450.635